FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930 — THÈSE — N° 46

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André DERLOCHE

Né à Aumale (Seine- Inférieure), le 16 mars 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GESTATION DANS LES UTÉRUS BICORNES UNICERVICAUX

Président : M. COUVELAIRE, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André DERLOCHE

Né à Aumale (Seine-Inférieure), le 16 mars 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GESTATION DANS LES UTÉRUS BICORNES UNICERVICAUX

Président : M. COUVELAIRE, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1930

DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentle
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE ROUEN

M. le Docteur H. JEANNE

M. le Docteur NÉE

M. le Docteur SEYER

A MES MAITRES DE PARIS

M. le Docteur DEVRAIGNE

M. le Professeur TEISSIER

M. le Professeur GUILLAIN

M. le Professeur RAVAUT

M. le Professeur LEGUEU

M. le Professeur CLAUDE

M. le Professeur TERRIEN

M. le Professeur SEBILEAU

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GESTATION DANS LES UTÉRUS BICORNES UNICERVICAUX

INTRODUCTION

Dans le service de notre maître, M. le Dr Devraigne à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière, nous avons eu l'occasion de voir exposer la question si complexe et si souvent controversée des gestations dans des utérus atteints de malformations.

C'est en particulier à l'occasion de plusieurs cas cliniques ayant posé des problèmes diagnostiques et thérapeutiques délicats que nous nous sommes attachés à étudier ces faits.

Grâce à l'obligeance de notre Maître, M. Devraigne, qui a bien voulu d'une part, nous confier ses observations personnelles, d'autre part, nous guider dans l'élaboration de ce travail, nous avons tenté de mettre en évidence devant quelles difficultés de diagnostic et de traitement de telles gestations pouvaient placer les cliniciens.

Nous profiterons de cette occasion pour dire à

notre Maître toute notre reconnaissance pour les conseils et les enseignements qu'il nous a prodigués tant au cours de ce travail que lors de notre stage dans son service.

DIVISION DU SUJET

1° Nous ferons tout d'abord un historique succinct de la question des malformations utérines.

2° L'étude du développement des organes génitaux afin de mieux comprendre les anomalies pouvant résulter d'un arrêt dans ce développement et des malformations utérines que l'on pourra observer.

3° Puis des considérations générales sur la gravidité dans les utérus bicornes ; nous rechercherons si cette malformation est une cause de stérilité, quels sont les signes qui, pendant la première moitié de la gestation, puis dans la seconde moitié, peuvent faire penser que l'on se trouve en présence d'une malformation.

Nous essayerons de montrer à quelles difficultés de diagnostic l'on peut se heurter et leurs conséquences thérapeutiques.

4° Les troubles que l'on peut observer après l'accouchement.

5° Nos déductions et nos conclusions.

HISTORIQUE

Les anomalies du développement de l'utérus ont été dès longtemps connues.

Julius Obséquens décrit dans son livre *de Prodigiis* un cas de vulve double chez une femme adulte et un autre chez une fille morte en naissant.

La première trouvaille anatomique en aurait été faite, selon Morgagni, par Antoine Catti en 1557.

En 1559, Gaspard Bauhin, ses frères Jean et Silvius rapportent chacun un cas d'utérus « partagé comme chez la chienne ».

En 1625, Riolan dit avoir fait l'autopsie d'une jeune fille dont la matrice était double de l'orifice extrême au fond de l'utérus.

En 1651, Bartholin parle d'une femme qui présente deux vagins, l'un étroit, l'autre large, devient enceinte et accouche par ce dernier.

En 1670, P. Borelli, cite le cas d'une jeune fille ayant deux vulves, l'une par-dessus de l'autre, deux vagins et deux utérus distincts.

Piercell, à l'autopsie d'une femme morte au neuvième mois de la grossesse, trouva deux utérus et deux vagins distincts. Un des vagins se terminait en cul-de-sac, sans orifice inférieur.

En 1702, Saviard décrit un monstre, présentant parmi des malformations diverses, incompatibles avec la vie, deux vagins et deux utérus.

Vallisnieri mentionne un cas de malformations comportant deux utérus, un en situation normale, l'autre s'ouvrant dans le rectum.

En 1814, Antoine Dubois rapporte l'observation d'un sujet ayant deux utérus presque horizontaux, munis de deux vagins très étroits qui s'ouvraient ainsi que le rectum dans une sorte de cloaque imperforé.

En 1825, Fraenckel décrit un cas avec deux vagins fortement écartés l'un de l'autre à leur partie supérieure et aboutissant chacun à un utérus très petit, portant une trompe et un ovaire. Le rectum, réduit à une ampoule conique, venait se placer entre les deux utérus.

En 1828, il faut noter la thèse de Cassan « recherches sur les utérus doubles et la superfoétation » où l'auteur rapporte de nombreuses observations.

En 1830, Jean Muller fait une étude d'ensemble des malformations utérines et leur assigne une pathogénie plausible.

Puis viennent les travaux d'I. Geoffroy Saint-Hilaire, Ratke, Serre en 1832, ceux de Busch en 1841, de Meissner en 1842.

En 1855, Depaul déposa au Musée Dupuytren, une pièce où se trouvent deux utérus distincts aboutissant à deux vagins complètement séparés dont

l'un communique avec l'intestin. Le côlon est réduit au cæcum, il y a imperforation de l'anus et extrophie vésicale avec défaut de symphyse pubienne.

En 1857, Puech cite un autre cas d'utérus et de vagin double, avec extrophie vésicale et imperforation de l'anus.

En 1863, c'est la thèse d'agrégation de Lefort qui étudie longuement toutes les variétés d'utérus double.

En 1872, une communication est faite par Ollivier à la Société de Biologie sur un cas d'utérus didelphe.

En 1877, Freund étudie pour la première fois la pathogénie des utérus doubles.

En 1885, Secheyron décrit des brides vésico-vaginales qui séparent souvent les utérus doubles et leur attribue une grosse importance dans le mécanisme du développement de ces anomalies.

Tous ces auteurs ne s'étaient préoccupés en aucune manière de l'origine de telles malformations. Il faut arriver à la fin du XIX^e^ siècle pour voir comment la question fut soulevée. Ceci à la suite des découvertes rapides que fit l'embryologie dans ces cinquante dernières années.

Sandeau en 1898, Brooks en 1900, Gunsett en 1900, Meyer en 1883-1901, Josephson en 1901, et Tourneux étudient successivement la question.

Mais c'est surtout en 1903 avec l'important mémoire d'Ombredanne et Martin sur les utérus

pseudo-didelphes et bicornes que la question fut véritablement élucidée.

Plus tard, en 1910, Piquand donne une très belle monographie sur l'anatomie et le développement des utérus doubles.

Depuis, différents travaux ont été faits sur ce sujet.

DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX

Pour bien comprendre l'évolution clinique des gestations dans les utérus bicornes, il faut fixer de façon précise quelles sont les malformations anatomiques que l'on peut rencontrer. Celles-ci sont toujours identiques à elles-mêmes et résultent d'un trouble dans le développement embryologique de l'appareil génital féminin.

C'est ce développement qu'il faut bien connaître pour aborder le problème. On sait qu'à l'origine, le développement du système génital est connexe de celui du système urinaire.

« Le mésonéphros ou corps de Wolff, qui succède au pronéphros se développe dans la région lombaire. Il est longé par deux canaux, les canaux de Muller et de Wolff. Dès les premiers temps de l'existence du corps de Wolff, un canal spécial, le canal de Muller, se développe en connexion étroite avec lui. Le rôle de ce canal est de former les voies génitales de la femme.

Le canal de Muller, lorsqu'il est complètement constitué, part de l'extrémité craniale du corps de Wolff sur le bord interne de ce dernier, où il s'ouvre dans le péritoine par un orifice infundibu-

liforme. Il se place ensuite sur le bord externe du corps de Wolff, en dehors du canal de Wolff et parcourt toute la longueur du rein primitif. Arrivé à la partie inférieure de ce dernier, il passe en dedans du canal du Wolff et s'accole à son congénère du côté opposé.

Ce canal serait le résultat d'une néoformation, l'épithélium de la face externe du mésonéphros s'épaissit et se déprime en un cul-de-sac dont l'extrémité prolifère sous forme d'un cordon plein appelé à se canaliser.

Le canal de Wolff et le canal de Muller constituent le cordon uro-génital. Plus bas, les deux cordons uro-génitaux en s'adossant sur la ligne médiane prennent le nom de cordon génital. Dans ce cordon, les canaux de Muller sont médians, on les reconnaît à leur volume, à leur épithélium stratifié presqu'au quatrième mois ; les canaux de Wolff sont situés en dehors d'eux.

Plus tard, le canal de Muller compte deux segments que délimite le ligament inguinal qui croise sa face postérieure. Le segment inférieur, transversal est l'origine de la trompe, le segment inférieur, à peu près vertical, s'accole à son congénère et se fusionne avec lui, pour constituer le canal de Leuckart, que caractérise son épaisse musculature. C'est de lui que dérive l'utérus.

Les deux canaux de Muller, accolés dans leur segment inférieur se fusionnent de bas en haut.

Les deux conduits de Muller se soudent l'un à

l'autre dans la partie moyenne de leur segment terminal et si on les suit en commençant par en bas, on voit qu'ils sont tout d'abord séparés et distincts, puis en remontant plus haut, on les trouve unis et confondus en un seul ; plus haut encore, ils sont de nouveau séparés. Enfin leur soudure s'achève dans leur portion terminale et ils sont confondus dans toute leur partie inférieure qui forme l'utérus et le vagin.

La trompe se développe lentement, elle est d'abord rectiligne, puis successivement verticale, puis oblique. Elle s'allonge alors. Au moment de la naissance, elle est flexueuse, plus ou moins transversale et son extrémité externe est la plus élevée.

Du fait de l'ampliation du bassin, la trompe se déplissera plus tard, son pavillon représenterait l'orifice abdominal du canal de Muller.

L'ovaire se développe dans la région lombaire D'abord aplati, il devient par la suite globuleux, son grand axe vertical s'oriente obliquement. A son pôle supérieur et à la trompe s'insérera le ligament diaphragmatique qui d'autre part s'insère sur le diaphragme. Quand l'ovaire, avant de redevenir vertical, oriente transversalement son grand axe, le ligament inguinal qui unit son pôle inférieur à la paroi abdominale se divise en deux segments : le supérieur : le ligament utéro-ovarien s'étend de l'ovaire à la corne utérine ; l'autre, inférieur, plus long, constitue le ligament rond.

Au troisième mois, l'ovaire est situé derrière

l'orifice profond du canal inguinal ; le trajet inguinal est occupé par une masse de tissu mésodermique, creusée à sa partie supérieure d'une fossette

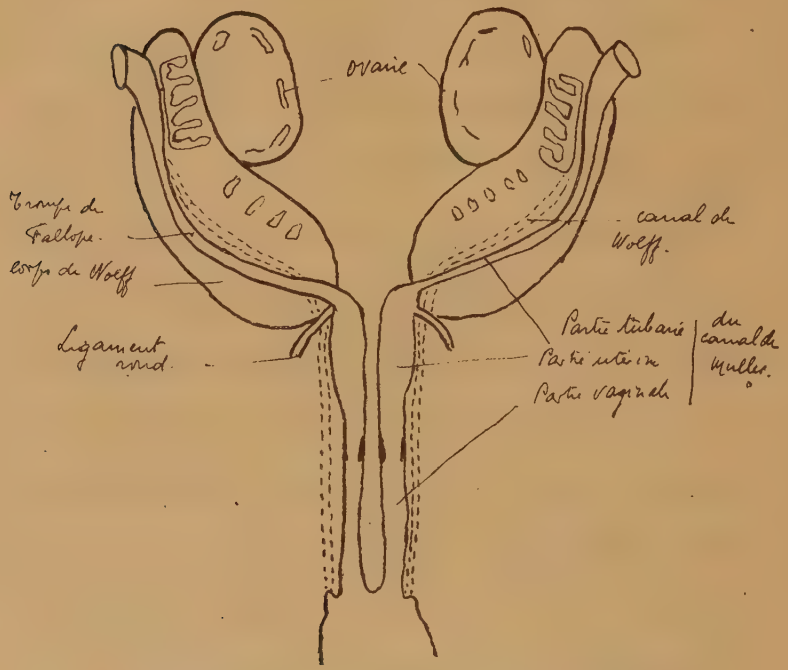


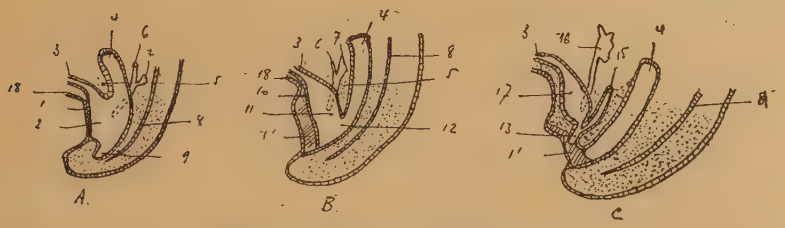
Schéma du développement de l'appareil génital du fœtus humain femelle.

péritonéale ; le ligament rond se perd dans le processus vaginal.

A la fin du huitième mois, l'ovaire effectue son ascension à la naissance, l'organe est au niveau du détroit supérieur. Il pénètre dans la cavité pelvienne chez l'enfant de deux à huit mois.

Pour le vagin, Tourneux croit qu'il provient à la

fois du canal de Muller et du sinus séro-génital. Actuellement Retterer et Bolk estiment que le vagin provient exclusivement du sinus uro-génital.



Evolution du cloaque interne,
formation de la vessie et des voies génitales définitives (schéma)

A. Premier stade. *B*. Deuxième stade. *C*. Troisième stade.

1, membrane cloacale. — 1', bouchon cloacal. — 2, cloaque interne. — 3, pédicule allantoïdien. — 4, intestin. — 5, éperon périnéal. — 6, canal de Wolf. — 7, bouchon du métanéphros. — 8, chorde dorsale. — 9, intestin post-anal. — 10, portion surajoutée du cloaque interne. — 11, sinus uro-génital. — 12, passage cloacal. — 13, conduit uro-génital. — 14, cloison uro-rectale. — 15, cordon génital. — 16, uretère. — 17, vessie. 18, cordon ombilical.

D'abord creux, le vagin constitue du 4e au 6e mois un ruban plein, aplati, d'avant en arrière. Du 6e au 9e mois, le vagin se creuse de bas en haut et il s'accroît à tel point que sa longueur dépasse celle de l'utérus. Vers la fin du 5e mois, l'extrémité inférieure du vagin fait saillie dans le vestibule et l'hymen ne serait autre chose que l'extrémité inférieure du vagin doublé extérieurement par la muqueuse vulvaire. Mais l'hymen peut s'observer malgré l'absence du vagin. Aussi certains auteurs admettent-ils que l'hygiène résulte de la soudure de deux replis

émanés de l'extrémité inférieure du sinus uro-génital. »

En résumé, le conduit utéro-vaginal est donc primitivement constitué par deux conduits latéraux, tous deux de même valeur, et comme ces conduits sont à leur origine complètement indépendants, il existe alors deux vagins et deux utérus. Bientôt ces deux conduits s'adossent et se confondent sur la ligne médiane. Aux deux organes, pairs de tout à l'heure, a succédé un organe unique, impair et médian. Toutefois si les deux conduits sont confondus extérieurement, leurs cavités persistent encore, séparés l'un de l'autre par une cloison médiane, antéro-postérieure qui répond au plan de soudure des deux tubes primitifs. L'organe est unique, mais cloisonné. Plus tard cette cloison disparaît peu à peu par résorption, et à leur tour, les deux cavités tubuleuses qu'elle séparait l'une de l'autre, se fusionnent en une cavité unique, cavité impaire et médiane. Cette résorption se fait de bas en haut, de la vulve vers le fond de l'utérus. Nous avons les trois dispositions suivantes :

Un vagin cloisonné et un utérus cloisonné.

Un vagin simple et un utérus cloisonné.

Un vagin simple et un utérus simple : l'utérus normal.

Mais ce processus peut s'arrêter à l'un quelconque de ces divers stades et créer des malformations qui, morphologiquement varieront suivant le stade où survient l'arrêt du développement.

S'il survient dès le début, on observera :
Deux vagins et deux utérus.
Si l'évolution s'arrête plus tard, on aura :
Un vagin cloisonné avec utérus double ;
Un vagin cloisonné avec utérus cloisonné ;
Un vagin unique avec utérus cloisonné.

Enfin, dans certain cas, les deux utérus primitifs, tout en étant confondus inférieurement, restent indépendants par leur extrémité supérieure : on observera l'utérus bicorne unicervical.

Toutes ces anomalies ne sont donc que des formes embryonnaires qui ont persisté.

Développement des organes génitaux externes.

Le développement des organes génitaux externes est lié à celui du cloaque interne auquel se rattache la formation de la vessie urinaire. Nous dirons quelques mots du cloaque.

L'intestin se renfle en une ampoule ovoïde, le cloaque interne, sur lequel débouchent : l'intestin, le canal de Wolff, l'Allantoïde. Placé d'abord sur le côté dorso-latéral du cloaque interne, le canal de Wolff se porte ensuite plus latéralement.

On donne le nom de sinus uro-génital, à toute la partie ventrale du cloaque interne situé caudalement à son insertion.

Au début, le cordon ombilical s'insère immédiatement au-dessus de la membrane cloacale. Celle-ci forme donc toute la paroi ventrale du cloaque qui

ne s'étend pas plus loin qu'elle cranialement, mais bientôt, il se produit un accroissement propre de toute la région comprise entre le cordon et le bord cranial de la membrane cloacale, à la suite de quoi le cordon s'éloigne de ce bord et il se forme entre eux une partie nouvelle du cloaque, surajoutée comme un dôme au cloaque préexistant. Cette portion nouvelle du cloaque a une paroi ventrale propre accolée à la paroi abdominale sous-ombilicale avec laquelle elle se soude sans qu'il reste entre elles deux aucune fente péritonéale. Ce dôme constitue la plus grande partie de la vessie. Le cloisonnement du cloaque est produit par l'allongement dans le sens caudal par l'éperon compris entre l'insertion de l'allantoïde et celle de l'intestin. L'abaissement de cet éperon détermine la séparation du cloaque interne en deux chambres : la chambre uro-génitale, l'autre rectale. Entre les deux, la substance de l'éperon périnéal forme la cloison uro-rectale.

Pendant ce temps, l'uretère s'est séparée du canal génital et a émigré cranialement et latéralement par rapport à ce dernier, dont l'embouchure est reportée plus caudalement et sur la ligne médiane. La séparation des conduits urinaires et des conduits génitaux est désormais achevée.

La séparation des conduits urinaires et génitaux tient donc en réalité à ce que le pédicule commun qui les portait c'est-à-dire toute la portion du canal excréteur primaire situé caudalement à l'insertion

de l'uretère, s'est élargie pour passer dans la constitution de la vessie dont elle est arrivée à former une partie de la paroi postérieure, puis à l'accroissement interstitiel de la bande de substance séparant ces deux canaux à leur insertion sur la vessie ainsi constituée. Ce développement peut être schématiquement exprimé en disant que tout se passe comme si une cloison frontale formée par l'éperon compris entre le canal génital et l'uretère s'était abaissée dans le large sinus génital sous-jacent, le clivant en deux moitiés, l'une ventrale formée par le col de la vessie et l'uretère qui lui fait suite, l'autre dorsale, représentée par l'extrémité caudale des conduits génitaux réunis dans le cordon génital. Ce clivage ne s'étend pas toutefois sur toute la longueur du sinus uro-génital. Il s'arrête bientôt, laissant subsister seulement la partie caudale de ce dernier, que Tourneux appelle conduit uro-génital.

La portion inférieure du sinus uro-génital est représentée par cette partie du cloaque qui dans les stades antérieurs était occupée par la portion uro-génitale du bouchon cloacal de Tourneux. Au fur et à mesure que ce dernier s'est détruit, il s'est produit à sa place une fossette ouverte à l'extérieur et au fond de laquelle débouche le sinus uro-génital dont elle devient l'ouverture externe. Cette fossette constitue le vestibule uro-génital. Autour de ce vestibule, apparaissent d'importants replis, ce sont : une petite saillie conique située au-dessus du vestibule, le tubercule génital qui se développe peu et formera

le clitoris. Son extrémité antérieure renflée constitue le gland autour duquel un repli cutané se dispose en une sorte de prépuce : sauf à sa face inférieure, le capuchon du gland, les replis génitaux formeront les petites lèvres, les bourrelets génitaux, les grandes lèvres dont le développement est tel qu'à la naissance, elles recouvrent les petites lèvres.

Des anomalies peuvent se rencontrer dans le développement des organes génitaux externes : ce sera d'abord, l'absence congénitale du vagin, les atrésies de forme annulaire ou siégeant sur toute la hauteur du conduit vaginal.

On pourra noter un arrêt de développement où les organes génitaux resteront au stade d'indifférence sexuelle. Il sera parfois bien difficile, sinon impossible de déterminer le sexe de l'enfant. Il sera prudent d'attendre la puberté avant de formuler une opinion. A cette époque bien souvent se produit une différenciation très nette dans les goûts, les manières de l'individu qui font prévaloir l'un ou l'autre sexe. Ces cas sont d'ailleurs font rares.

Le vagin enfin peut se terminer dans le rectum ou dans l'uretère. Dans le premier cas, l'accouchement est possible, il est impossible dans le deuxième cas.

En outre, le péritoine offre une disposition qui peut être particulière. Tout d'abord, on trouve signalé dans un grand nombre d'observations, la présence d'une cloison séreuse très nette qualifiée de ligament

vésico-rectal. Dubreuil-Chambardel l'a vu signalé 52 fois sur 600 cas d'utérus doubles.

L'intérêt de cette cloison est double. En effet; on peut très bien supposer qu'elle peut jouer un rôle dans le défaut de coalescence des canaux de Muller qui a abouti à la duplicité utérine.

En outre, la constatation de ce ligament au cours d'une laparotomie doit immédiatement faire songer à une malformation utérine.

Ce ligament est tendu du pôle vésical au rectum, souvent même, il s'étend jusqu'au côlon pelvien méritant alors le nom de ligament vésico-côlo-rectal.

Il apparaît sur deux aspects : lame plate et couchée d'aspect blanc nacré, soit comme une cloison sagittale. Il ne renferme que peu ou pas de vaisseaux. Quand il existe, il isole les deux utérus et divise le cul-de-sac vésico-utérin et le cul-de sac de Douglas en deux compartiments jumelés.

Des malformations des organes urinaires ont été constatées.

Wolff-Stern, dans des utérus doubles, cite cinq cas d'absence du rein et dans l'espèce, du rein droit. Hoche et Morlot ont trouvé un vagin cloisonné, un utérus double et l'absence du rein droit.

On a rapporté un cas de rein unique possédant deux uretères passant tous deux sur le même côté de l'utérus.

Guérin-Valmale cite le cas de Von Engel où la duplicité vésicale et urétérale s'associait à la duplicité complète de l'appareil génital.

On a cité l'absence d'une capsule surrénale, d'un uretère, des malformations intestinales : un gros diverticule s'insérant sur une anse grêle près du cæcum.

Toutes les malformations congénitales d'un membre ou d'un organe quel qu'il soit doivent faire penser aussi à la possibilité d'un vice de conformation concomitant de l'utérus.

CLASSIFICATION DES UTÉRUS DOUBLES

Dambrin et Bernarbeig donnent des utérus doubles la classification suivante.

Le 1er type comprend :

Deux vagins indépendants, 2 corps indépendants. 2 cols indépendants. C'est le véritable utérus didelphe : l'utérus didelphe de Lefort, de Picquand, de Dubreuil-Chambardel.

Ce cas est exceptionnel et l'on connaît une observation de Gemmel et Paterson où une femme accoucha une fois par la vulve droite, une autre fois par la vulve gauche. Une deuxième observation de Gauthier où il y avait deux utérus indépendants possédant chacun un vagin et un système annexiel complet. A droite, un vagin normal, mais très long, aboutissant à un utérus muni de deux trompes et de deux ovaires. A gauche, où il y avait un hématocolpos par imperforation avec hématométrie. Cet utérus était muni de deux trompes et de deux ovaires.

Le 2e type comprend :

Deux vagins accolés, deux corps indépendants,

2 cols indépendants. Ce type d'utérus porte les noms de :

Utérus bicorne de Lefort, d'utérus bicollis d'Halban. Pour Picquand, c'est toujours un pseudo-didelphe.

La différence avec le type I est au fond peu importante.

Le 3e type comprend :

Deux vagins accolés, deux corps indépendants, deux cols accolés.

On connaît de ce type de nombreux cas chez la femme.

Type I
2 vagins indépend.
2 corps indépend.
2 cols indépend.

Type II
2 vagins accolés
2 corps indépend.
2 cols indépend.

Type III
2 vagins accolés
2 cols accolés
2 cols indépend.

Le quatrième type comprend :

Deux vagins accolés, deux corps accolés, deux cols accolés.

C'est l'utérus globularis bipartitus de Lefort. Picquand les appelle utérus cloisonné biloculaire total.

Le cinquième type :

Un vagin, deux corps indépendants, deux cols indépendants. C'est l'utérus double complet avec vagin unique.

Le sixième type :

Un vagin, deux corps indépendants, deux cols accolés. Pour Lefort, c'est l'utérus bicorne double à vagin unique.

Type IV
2 vagins accolés
2 corps accolés
2 cols accolés

Type V
1 vagin
2 corps indépend.
2 cols indépend.

Type VI
1 vagin
2 corps indépend.
2 cols accolés

Le septième type :

Un vagin, deux corps indépendants, un col.
C'est l'utérus bicorne unicollis de Lefort. L'uté-

rus bicorne de Picquand ; l'utérus bifide de Pauchet.

Ce type constitue une variété des plus fréquentes d'utérus doubles et il existe bien souvent une solide bride recto-vésicale.

Le huitième type comprend :

Un vagin, deux corps accolés, deux cols accolés.

C'est l'utérus septus duplex de Lefort, l'utérus biloculaire total de Picquand.

Type VII
1 vagin
2 corps indépend.
1 col

Type VIII
1 vagin
2 corps accolés
2 cols accolés

Type IX
1 vagin
2 corps accolés
1 col

Le neuvième type comprend :

Un vagin, deux corps accolés, un col. C'est l'utérus biloculaire total de Picquand.

Type IX (variété)
Peut être considéré comme dérivé du type VII

Type X
1 vagin
1 corps
2 cols accolés

Utérus unicorne

Neuvième type :

Un vagin, deux corps accolés, un col.

C'est l'utérus subseptus unicollis de Lefort.

On peut ajouter :

Dixième cas :

L'arrêt du développement d'un seul des canaux ds Muller donnera un utérus unicorne, ou si l'arrêt de développement a été moins grand, on sera en présence d'un utérus dont une des cornes sera plus ou moins rudimentaire. On aura un utérus asymétrique.

La soudure des canaux de Muller se sera faite normalement, la forme de l'utérus pourra être normale, c'est-à-dire qu'il y aura un vagin, un col, un utérus, deux trompes, deux ovaires, mais les dimensions de cet utérus seront moindres. Sa structure ne sera pas complètement développée.

Les annexes sont plus ou moins développées, les ovaires sont fréquemment atteintes de dégénérescence scléro-kystique. La vulve et le vagin sont étroits, les culs de-sac vaginaux à peine marqués, les poils du pubis sont rares. Ce sont des utérus hypoplasiés.

Dans la classification donnée par Dambrin et Bernarbeig, certains types de ces utérus sont voisins les uns des autres. Pour plus de clarté, nous adopterons la classification d'Ombredanne et Martin comprenant deux grandes classes : les utérus doubles et les utérus cloisonnés avec leurs trois types chacun.

Les utérus doubles.

Le type I comprend : deux vagins, deux corps, deux cols indépendants : utérus didelphe.

Le type II comprend : deux corps indépendants et des cols accolés : utérus pseudo-didelphe.

Utérus didelphe (schéma).

Peudo-didelphe

Bicorne unicervical

Le type III comprend des corps indépendants et des cols fusionnés ; c'est l'utérus bicorne unicervical.

Les utérus cloisonnés.

Le type IV : l'utérus biloculaire est caractérisé par des corps accolés et des cols accolés.

Le type V : l'utérus biloculaire corporéal : des corps accolés et des cols fusionnés.

Utérus biloculaire | Biloculaire corporéal | Biloculaire cervical

Le type VI : l'utérus biloculaire cervical est caractérisé par des corps fusionnés et des cols accolés.

ÉTUDE CLINIQUE DE L'ÉVOLUTION DES GROSSESSES DANS LES UTÉRUS BICORNES UNICERVICAUX

Nous allons maintenant étudier quels sont les phénomènes cliniques auxquels donnent lieu les gestations dans les utérus bicornes unicervicaux.

Nous verrons dans la suite de ce développement qu'ils sont très variables. Mais nous insisterons avant tout sur la fréquence du silence clinique de telles gestations.

Il est certain que de nombreuses grossesses à évolution normale se sont poursuivies dans des utérus malformés. La seule preuve qui en soit réside dans l'étude anatomique des utérus de femmes hystérectomisées pour une raison ou pour une autre après avoir eu des grossesses souvent multiples qui ont paru tout à fait normales.

Lorsqu'il y a une manifestation clinique, quand se produit-elle ? Comment se produit-elle ?

Rien n'est plus variable.

Ou bien la bifidité de l'utérus est cause de stérilité.

Ou bien la grossesse se produit, mais n'évolue que peu de temps.

Ou bien elle se prolonge et donne lieu à des troubles qui surviennent à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement.

Ce sont toutes ces éventualités que nous allons étudier en nous fondant surtout sur les cas que nous avons pu réunir dans les statistiques de M. le Dr Devraigne.

DE L'INJECTION DE LIPIODOL DANS LA CAVITÉ UTÉRINE ET LES TROMPES

Avant d'entreprendre l'étude clinique de l'évolution des grossesses dans les utérus bicornes unicervicaux, nous voudrions montrer les avantages que donne une nouvelle méthode d'exploration de l'utérus et des trompes : de l'hystéro-salpingographie.

Cette nouvelle méthode d'exploration gynécologique est toute récente, elle ne date que de quelques années, mais elle est appelée à rendre de grands services au point de vue du diagnostic dans les malformations utérines.

Dernièrement, Magnan a consacré sa thèse à l'étude clinique et radiologique après injection d'un liquide opaque : le lipiodol, dans les anomalies et les malformations génitales de la femme.

De cette thèse très documentée, nous en tirerons des renseignements très utiles.

Nous passerons sous silence la technique employée, la description de l'instrumentation.

« Lorsque le lipiodol entre dans la cavité utérine, la remplit, et s'insinue dans les espaces les plus petits, lorsqu'il pénètre dans le trajet filiforme des trompes et tombe dans la cavité abdominale, les

ombres distinguées à l'écran permettent de constater diverses modifications que la clinique est incapable de préciser.

Or, on sait que normalement la cavité utérine a un aspect précis lorsqu'elle apparaît sous l'écran.

De face, elle présente une ombre triangulaire à base supérieure et sommet inférieur. Suivant les cas, le sommet du triangle est plus ou moins ouvert, sa base est quelquefois arrondie, ses bords convexes ou concaves. Mais toujours il y a symétrie et harmonie dans l'ensemble.

De profil, cette ombre a la forme d'une poire à base supérieure. L'axe de cette poire indique le degré de flexion du corps sur le col. Il est ainsi facile de voir la situation, la forme, le contenu de l'utérus. On peut ainsi délimiter son volume et sa direction.

La situation habituelle de la cavité utérine est souvent très importante à connaître en clinique. Ainsi dans les cas de tumeurs pelviennes, la connaissance exacte de la situation de cette cavité utérine peut être la clé du diagnostic.

L'ensemble des vues de face et de profil précise la direction de l'utérus. Il est possible de déterminer le degré de l'angle que forme le col utérin et le vagin ou le col avec le corps de l'utérus. Il est vrai que la clinique suffit souvent ; mais il existe des cas où cet examen clinique est très difficile à faire. C'est le cas d'une femme grasse à paroi abdominale très épaisse. La localisation d'un utérus en rectitude par

la palpation, ou d'une rétroversion légère par le toucher est souvent une chose ardue.

La forme normale de la cavité utérine peut être augmentée ou diminuée, indiquant ainsi le volume de cette cavité.

Les formes anormales donnent ainsi par comparaison de précieux renseignements. Si l'ombre apparaît allongée, agrandie ou déformée, et que la clinique a signalé la présence d'une tumeur, il s'agira vraisemblablement d'un fibrome qui produit une forme caractéristique, typique, important à connaître. D'autres ombres seront petites, montrant une cavité rétrécie ;il faut alors penser aux utérus infantiles ou pubescents suivant le degré de diminution de l'image normale. Si cette image est double,c'est-à-dire si la radiographie montre deux ombres nettement séparées l'une de l'autre, on sera en présence d'un utérus double.

Outre ces formes anormales, la cavité utérine peut encore apparaître de dimension sensiblement normales, mais avec des contours irréguliers ; on peut y apercevoir une lacune ou une zone déformée. Alors, il s'agira probablement d'une lésion de la paroi de cette cavité.

Pour les trompes, les renseignements sont encore plus intéressants et plus précieux, car ici la clinique ne révèle que les grosses tuméfactions salpingiennes perceptibles au toucher et demeure complètement insuffisante pour les lésions de la lumière de la trompe.

Une des grandes indications de l'exploration au lipiodol, c'est la perméabilité tubaire. On peut voir la situation des trompes, leur forme tortueuse ou en spirale, leur direction normale ou déviée peuvent être facilement reconnues.

L'on voit ainsi l'abondance des renseignements que fournit l'hystéro-salpingographie. Cependant, il ne faut pas oublier que pour l'utérus, l'image fournie par le liquide opaque ne montre que la cavité. Elle ne renseigne pas sur l'épaisseur de la paroi et par conséquent comme pour toute les images radio. logiques celle de l'utérus, si elle est isolée, n'a pas grande valeur. C'est ici, comme partout ailleurs, la clinique qui doit primer. »

Mais si l'on peut employer l'hystéro-salpingographie pour bien des cas, il y a des contre-indications qui sont, pour Magnan, au nombre de trois, à savoir :

1° L'état inflammatoire aigu du petit bassin : métrites aiguës, trompes enflammées ou réactions péritonéales du petit bassin ;

2° Le moindre soupçon de grossesse est évidemment un obstacle qu'il faut respecter.

Il est vrai que l'on a publié quelques cas d'injections utérines de lipiodol chez des femmes enceintes sans qu'il y ait d'avortement, mais nous croyons que c'est une pratique dangereuse et qu'une grossesse peut difficilement suivre son cours après ce traumatisme.

3° Une hémorragie importante.

Nous étudierons dans la suite, les avantages que nous pourrons tirer des injections de lipiodol au point de vue du diagnostic et du traitement dans les différents cas qui se présenteront au cours de l'évolution des grossesses se développant dans les utérus bicornes.

I. — Malformation utérine et stérilité.

La malformation utérine est bien souvent une cause de stérilité.

Parmi ces malformations, il en est qui sont incompatibles avec toute possibilité de grossesse et entraînent une stérilité définitive. Si l'utérus manque complètement, s'il est réduit à deux petits moignons sans communication avec le vagin, s'il est réduit à l'état rudimentaire, la stérilité est définitive et la thérapeutique ne peut rien faire pour modifier cet état.

Les principales causes de stérilité sont les hypoplasies, les déviations, les sténoses du col ou de l'isthme, les fibromes, les polypes fibreux, mais avant tout, il faut citer l'infection gonococcique qui peut déterminer l'oblitération des trompes ou déterminer sur le col des lésions d'endocervicite ou de métrite même si l'infection première a été peu virulente et a pu passer inaperçue.

Après avoir tenté bien des traitements, et en particulier la diathermie, le massage de l'utérus, les cures thermales, l'opothérapie ovarienne pour suppléer à l'insuffisance de l'ovaire ou de l'opothérapie

pluriglandulaire : hypophyse, thymus, thyroïde, ovaire, ces femmes n'auront pas encore présenté aucun signe de grossesse.

Les injections de lipiodol dans la cavité utérine et les trompes s'impose alors et permettra de reconnaître qu'elle est la cause de la stérilité en faisant apparaître sous l'écran, l'aspect de la cavité utérine, ses déviations, ses coudures, ses sténoses, l'état de perméabilité des trompes, ou même qu'il existe une malformation que la clinique seule était incapable de faire découvrir.

Muni de ces renseignements, il sera peut-être possible au chirurgien, par une intervention plastique de permettre à bien des femmes stériles de mener à bien une ou plusieurs grossesses.

Voici deux cas de stérilité : l'un primitif, l'autre secondaire chez deux femmes ayant une malformation utérine qui sont venues consulter dans le service de la stérilité de l'hôpital Lariboisière.

Observation I

Mme M... Louise, 30 ans.

Vient consulter pour stérilité depuis six ans.

Antécédents familiaux. — Ses parents sont bien portants ainsi qu'un frère.

Antécédents personnels. — Néant.

Réglée à 13 ans, régulièrement ; arrêt d'un an à l'âge de 15 ans.

Depuis, les règles sont réapparues, peu abondantes, ne durant qu'un jour.

Elle n'a pas de pertes blanches, mais aurait eu de la métrite à 23 ans (??).

Pas de grossesses, pas de fausses couches.

Examen des organes génitaux. — L'orifice du col est très étroit et aurait déjà été dilaté ; le corps utérin est en position normale.

Trois insufflations auraient été faites :

La première, le 18 juin 1927, aurait été pratiquée six jours après ses règles et aurait été à peu près négative.

A la seconde insufflation, on note que l'air passe très tardivement des deux côtés à 175.

La troisième insufflation : l'air passe à droite très tardivement et à gauche insuffisamment.

Les autres appareils sont normaux.

Le mari a subi une commotion nerveuse pendant la guerre.

L'examen du sperme montre que les spermatozoïdes ne sont pas très nombreux mais qu'ils sont très mobiles.

En outre des insufflations, cette femme a été traitée avec l'agomensine Ciba par la voie buccale et de la poudre d'ovaire.

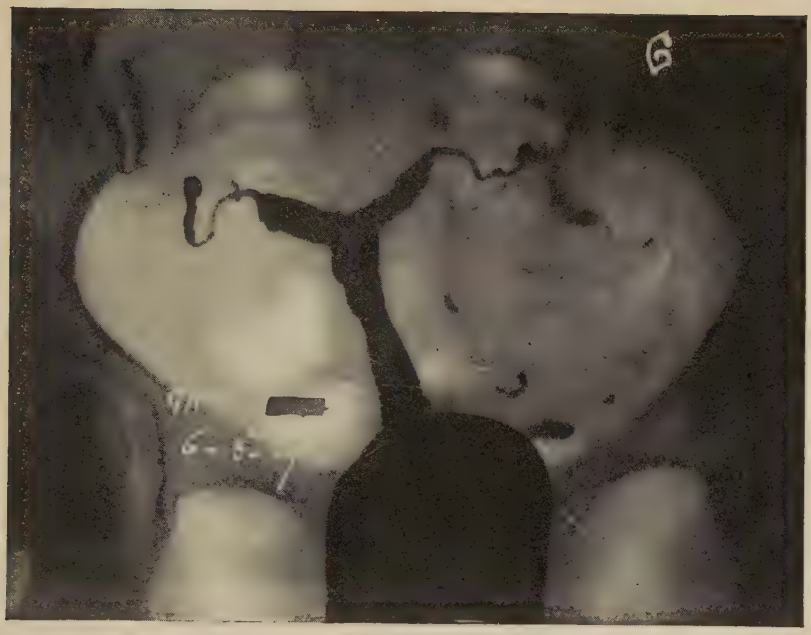
Il n'y a eu aucune amélioration du côté des règles.

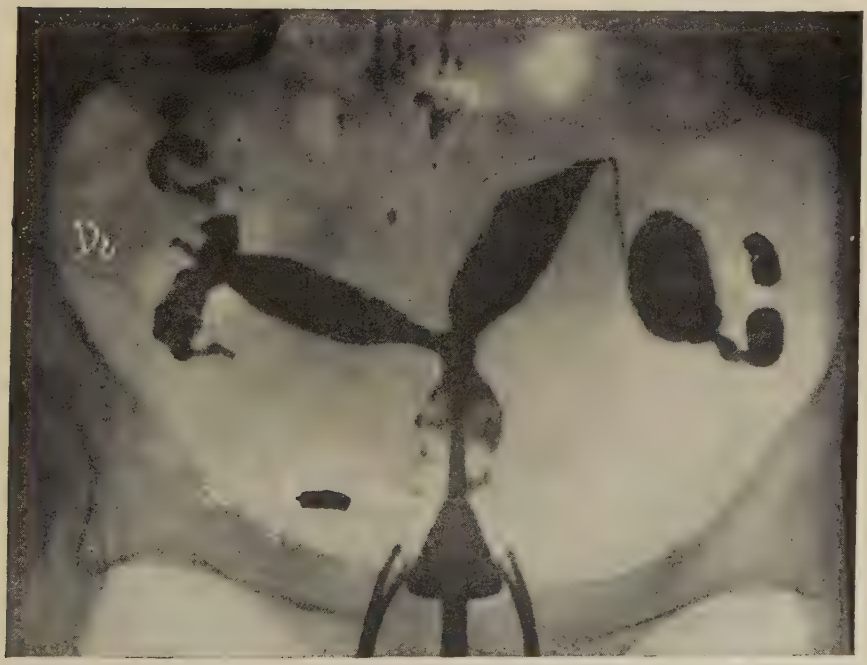
Le 24 septembre 1927, cette femme revient à la consultation.

On remarque alors que son utérus et son col sont très ramollis.

Il lui est conseillé de venir se faire examiner à nouveau dans quinze jours environ.

Le 7 octobre 1927, on a la même impression d'un col et


G



d'un utérus très ramollis. On lui demande de revenir dans un mois.

Le 22 octobre 1927, même impression. A revoir dans 15 jours.

Le 12 novembre 1927, on lui déclare qu'elle n'est pas enceinte.

Une insufflation est pratiquée le 19 du même mois. L'insufflation est positive, le passage de l'air est lent, mais indiscutable.

On lui demande de revenir pour une nouvelle insufflation trois à quatre jours après ses règles.

Elle est faite le 3 décembre 1927. Le passage de l'air est indiscutable, mais la femme présente des nausées, puis des vomissements.

On la revoit le 10 décembre 1927, elle déclare avoir souffert toute la semaine et avoir dû s'aliter pour des douleurs à l'épigastre, de la gêne respiratoire, des nausées.

Au toucher, l'ovaire droit est un peu gros, peu douloureux. Elle souffre surtout dans la position couchée.

Le 31 décembre 1927, tout est rentré dans l'ordre ; elle est en bon état.

Elle revient le 16 février 1926 et il est pris rendez-vous pour un examen au lipiodol, le 6 mars.

Le 10 février, elle revient pour troubles persistants des règles qui sont peu abondantes ; l'insufflation a paru favoriser leur apparition.

Le 6 mars, l'examen au lipiodol montre une cavité utérine un peu étroite. Le fond de la cavité utérine est convexe en bas au lieu d'être rectiligne. Il s'agit vraisemblablement d'un utérus arqué.

Observation II

Mme M... Rosa, 33 ans.

Mariée à l'âge de 21 ans.

Réglée à 13 ans 1/2, règles durant 4 à 5 jours. Maintenant, ses règles apparaissent tous les mois avec une avance de deux à trois jours et ne durent plus que 2 à 3 jours. Pas de leucorrhée.

Une grossesse il y a 11 ans qui s'est terminée par un avortement à six mois et demi à la suite de la grippe. Elle a été soignée à l'isolement de la maternité de l'Hôpital Lariboisière.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont encore vivants. Sa mère a eu neuf enfants qu'elle a nourri. Une fille est morte à 29 ans, non mariée.

Antécédents personnels. — Rien d'anormal, sauf une grippe en 1918.

Le mari a 27 ans et est en bonne santé.

A l'examen. — Le col paraît petit.

L'utérus est en rétroversion, la trompe droite non douloureuse, mais perceptible.

Un examen au lipiodol est pratiqué le 12 juin 1929, et l'on constate sous l'écran, l'existence d'une malformation utérine.

On se trouve en présence d'un utérus bicorne.

II. — Lorsqu'il y a une manifestation clinique, quand et comment se produit-elle ? La gestation est interrompue dans les premiers mois.

La malformation de l'utérus est une cause possible d'avortements et assez fréquemment dans les malformations même peu accentuées, l'évolution de la grossesse est précocement interrompue.

Les signes cliniques que l'on peut observer dans la première moitié de la grossesse sont au nombre de deux :

1° Les pertes sanguines.

2° Les douleurs d'intensité variable.

Ces deux signes seront cause de bien des erreurs de diagnostic :

Il sera permis au clinicien de penser qu'il s'agit d'une grossesse évoluant dans une trompe, d'une grossesse extra-utérine d'autant plus qu'il reveillera une douleur à la palpation et la présence d'un empâtement, d'une masse sensible située latéralement.

A côté de la grossesse extra-utérine, il convient de placer les cas dans lesquels l'œuf est greffé dans l'angle même de la cavité-utérine au voisinage de l'ostium uterinum.

Pendant les premières semaines, la corne correspondante est seule à se développer et à se ramollir.

A cette époque, la grossesse peut s'accompagner de douleurs abdominales, de pertes sanguines, et ce n'est que vers le troisième mois que la forme de l'utérus redevient sensiblement normale.

Il conviendra donc d'être extrêmement prudent, de savoir attendre, tout pouvant rentrer spontanément dans l'ordre et n'intervenir que si les hémorragies deviennent trop abondantes et si l'état général s'aggrave.

Voici ce qu'Adam écrit au sujet des signes qui, dans la première moitié de la grossesse peuvent faire penser à une malformation :

En dehors de toute grossesse, Adam trouve qu'il s'agit de femmes dont la menstruation est irrégulière, les écoulements sanguins sont de courte durée, ou au contraire prolongés et abondants, très souvent douloureux. Voilà un premier indice pour cet auteur.

Le second lieu, ces femmes devenues enceintes continuent à avoir des écoulements périodiques, ou bien elles ont des écoulements sanguins, intermittents apparaissant très précocement.

Enfin, la gestation est douloureuse dès le début et les douleurs peuvent atteindre un degré tel que la femme doit garder le lit.

Ce sont donc des grossesses « accidentées dès le début et qui saignent », ces hémorragies ayant pour point de départ la caduque de l'autre utérus non gravide.

A ce propos, Adam rapporte quatre observations de grossesses interrompues dès les premiers mois chez quatre primipares, ayant des utérus bicornes unicervicaux ayant nécessité une intervention, l'état général de ces formes devenant inquiétant.

C'est encore une femme d'après l'observation de Trajan Mihaïlesco qui fait dix avortements non provoqués sans cause apparente.

L'état général est bon, pensant à une syphilis possible, un Wassermann est fait. Il est négatif. Malgré cela, un traitement antisyphilitique avait été institué. Chaque grossesse se continuait jusqu'au troisième mois normalement, après quoi, malgré les précautions prises, même sur la surveillance médicale la plus rigoureuse, l'avortement se produisait. Dans la suite, une intervention ayant été nécessaire, on trouve un utérus bicorne unicervical, les deux cornes à dix centimètres l'une de l'autre.

Bayard, cité par Kusmaül a observé chez une femme ayant un utérus bicorne, quatorze avortements successifs.

La malformation de l'utérus est donc une cause possible d'avortements.

Adam à ce sujet déclare :

« Lorsque une femme, jeune, primipare, aurait fait un avortement précoce, dont on ne trouvera pas la cause sans aucun des fœtus étiologiques habituels comme la syphilis, l'albuminurie, l'endométrite, les intoxications, les traumatismes, et en partieulier le traumatisme sexuel que l'on devra toujours soigneu-

sement rechercher, il ne faut pas toujours abandonner ses investigations ou supposer des manœuvres de provocation, trop fréquentes malheureusement, mais trop fréquemment envisagées encore, on devra songer à une malformation possible. »

Adam pense d'ailleurs que ces utérus s'améliorent d'eux-mêmes, en travaillant. Si l'on peut suivre ces femmes, dit-il, au cours de leurs gestations successives, on constate en effet que celles-ci aboutissent à un second avortement, plus rarement à un troisième.

Mais peu à peu, l'expulsion se fait plus tardive, la durée de la gestation, va en se prolongeant et finalement, on assiste à la naissance d'un enfant à terme.

Il semble que le travail si considérable que doit fournir à chaque fois qu'il devient gravide, l'organe utérin produit un massage, un brassage, une réédification du parenchyme qui en modifient, en améliorant la texture et perfectionne peu à peu sa structure jusqu'à atteindre les caractères et les propriétés de l'utérus normal.

Ce résultat s'obtient aux prises d'avortements répétés, mais, à force de « casser des œufs » l'utérus parviendra finalement à en mener d'autres jusqu'au terme de leur développement.

Dans ces cas d'avortement, les injections de lipiodol ont un grand intérêt.

Chaque fois que l'on se trouvera en présence d'une grossesse précocement interrompue, et sans

cause apparente, il est nécessaire de faire une hystéro-salpingographie et bien souvent, sous l'écran, on fera la découverte d'une malformation utérine passée inaperçue à l'examen clinique.

Nous rapportons ici une observation et une radiographie personnelles du Dr Séguy.

Observation III (résumée).

Mme S..., actuellement âgée de 40 ans.

Réglée à 15 ans 1/2.

En 1911 : Première gestation interrompue à six mois.

En 1914 : Deuxième gestation interrompue à trois mois.

En 1922 : Appendicectomie à chaud.

En 1924 : Grossesse extra-utérine de deux mois. Une intervention est jugée nécessaire et l'on fait l'ablation de la trompe droite.

A ce moment, le diagnostic d'utérus cordiforme est porté.

Une injection de lipiodol a été faite dans la suite.

Actuellement, les règles ne sont pas douloureuses.

L'injection de lipiodol, pratiquée après l'ablation de la trompe droite, nous confirme le diagnostic d'utérus cordiforme.

Le fond de la cavité utérine est fortement convexe en bas.

Une autre erreur de diagnostic nous est fournie par l'observation que le Dr Richard de l'Hôpital Lariboisière a bien voulu mettre à notre disposition.

Observation IV

Une femme de 23 ans entre dernièrement salle Elisa Roy où elle est encore actuellement en traitement pour des douleurs pelviennes.

Le toucher permet de reconnaître l'existence d'une cloison médiane du vagin et un seul col utérin.

A droite, on sent une masse douloureuse au toucher.

Le diagnostic posé est celui de salpingite droite.

La possibilité d'un hémi-utérus rétroversé ou d'un fibrome est envisagée, mais on ne pense pas à l'existence possible d'une grossesse malgré un retard de règles de 12 jours environ.

Les douleurs persistant, on se décide à intervenir.

A l'ouverture de l'abdomen, on remarque qu'il part de la face inféro-gauche du méso-sygmoïde un repli médian sagittal allant se perdre sur le péritoine pariétal et séparant deux loges :

Dans la loge droite, on trouve : un utérus gravide, congestionné, avec une trompe saine et perméable et un ovaire sain, un ligament rond part de la corne externe.

A gauche : un utérus vide, pâle, avec un bloc d'adhérences dans le demi Douglas, fixant la trompe bouchée et l'ovaire sur le péritoine pariétal et à la face gauche de la cloison péritonéale décrite.

On note l'existence de deux ligaments sur l'utérus gauche, l'un normal, allant à la région inguinale gauche, l'autre passant sur la bride péritonéale médiane et gagnant la face interne du col de l'utérus droit.

Il est fait une hystérectomie gauche.

III. — Troubles que l'on peut observer à la fin de la grossesse.

Dans la deuxième partie de la grossesse, l'erreur de diagnostic faite le plus fréquemment est celle de grossesse accompagnée de tumeur prævia.

Lorsqu'un utérus ou une corne devient gravide, l'autre utérus ou l'autre corne subit des modifications. Chaque fois, en effet, qu'il existe en un point quelconque de l'organisme un œuf qui se développe, toute la surface de la muqueuse utérine donne naissance à une caduque. Il y a une caduque dans l'hémi-utérus, dans la corne utérine vide lorsque l'autre utérus ou l'autre corne utérine contient un œuf.

L'utérus ou la corne non gravide va donc augmenter de volume et c'est cette corne qui sera prise pour une tumeur prævia.

La malformation utérine consistant en une cloison médiane siégeant sur le fond de l'utérus et faisant saillie dans la cavité utérine sous forme d'un éperon plus ou moins accentué porte le nom d'utérus cordiforme.

Dans un tel utérus, l'œuf se développera d'un côté ou de l'autre de cette cloison. Or, le fond utérin ne peut pas se développer en hauteur, mais seulement aux dépens de ses faces latérales.

On voit donc à quelles difficultés de diagnostic on peut se heurter en pareil cas.

Brindeau signale qu'au cours de la grossesse, l'ascension de la corne non gravide est en faveur de la variété anatomique correspondant au type III de la classification d'Ombredanne et Martin, c'est-à-dire, à l'utérus bicorne unicervical.

Dans le cas d'utérus didelphe correspondant au type I de cette même classification, le corps utérin non gravide reste dans le pelvis.

L'utérus non gravide augmente donc de volume, devient de consistance molle, est situé latéralement par rapport à l'utérus gravide, il sera pris pour une tumeur prævia, capable d'être un obstacle à l'accouchement, alors que de cette tumeur prævia, il est ordinairement facile d'en triompher en la repoussant en haut, et latéralement.

On décidera bien souvent une intervention qui sera inutile et surtout dangereuse pour la mère et pour l'enfant.

Observation V (inédite)

due à l'obligeance de notre Maître M. le Dr Devraigne).

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, primigeste.

Elle est vue au début d'octobre 1922.

Elle est envoyée par une confrère de banlieue.

Examen : Au palper on trouve un utérus faisant 8 mois 1/2 environ, avec une tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Au toucher : on note que l'excavation est obstruée par une tumeur qui paraît dure, du volume d'une grosse orange,

et qui est bloquée dans l'excavation. Le col utérin est dévié en haut, en avant et à gauche.

La première impression que donne cette tumeur prævia c'est qu'il s'agit d'un fibrome. Mais le jeune âge de la gestante inclinerait plutôt vers un kyste dermoïde.

En tout cas, aucun doute n'est permis en ce qui concerne la conduite à tenir ; la césarienne s'impose.

La femme a de petites douleurs le 16 octobre.

Elle est amenée en maison de santé et M. Devraigne, impressionné par l'âge, par des règles abondantes ce qu cadre mal avec le kyste de l'ovaire, entrevoit la possibilité d'un utérus double.

Le 17 octobre, au matin, la césarienne haute, corporéale, est pratiquée.

Tout de suite, on remarque l'absence d'annexes du côté droit de l'utérus. La césarienne est faite par le procédé habituel.

On a un enfant à terme, vivant, de sexe masculin.

L'opération ne comporte aucune difficulté.

On va ensuite, l'utérus étant refermé, explorer l'excavation, d'où l'on relève un deuxième utérus du volume du poing avec les annexes sur le bord droit.

Il n'y a qu'un col, les deux utérus partent immédiatement au-dessus du col. Ils sont très mobiles.

Dans les suites de couches, où les lochies furent très abondantes, l'involution de l'utérus gauche fut particulièrement lente.

A trois semaines, il jouait facilement l'utérus de trois mois.

Allaitement au sein.

La dame redevient enceinte en octobre 1923.

M. Devraigne la vit à trois mois de gestation et d'emblée, tout en diagnostiquant la gestation dans l'utérus droit, fut surpris du volume de l'utérus césarisé qui était au moins aussi gros que l'utérus gravide, mais de consistance beaucoup plus ferme.

La grossesse évolua sans incidents.

Cependant, l'utérus gauche grossissant et jouant le rôle de fibrome repoussait nettement à droite l'autre utérus.

L'enfant se présente jusqu'à la fin en siège décomplété mode des fesses, et il ne fut pas question d'essayer une version par manœuvres externes.

L'accouchement, relativement facile, eut lieu par les voies naturelles, puisque l'excavation était libre, d'un enfant de sexe féminin.

A la délivrance, il y eut des hémorragies sans gravité.

L'utérus gravide revient sur lui-même plus vite que le gauche qui en définitive resta plus gros que lui.

Allaitement au sein.

Au début de 1926, troisième grossesse.

Dès le début, il y a une grosse inégalité de volume au bénéfice de l'utérus gauche.

La grossesse évolua sans incidents jusqu'au huitième mois où apparurent de temps en temps de petites hémorragies.

L'enfant se présentait en siège complet et se dégagea ainsi. Pendant le travail le diagnostic de placenta inséré bas étant certain, dès qu'il y eut une dilatation de 5 francs, M. Devraigne rompit les membranes et abaissa un pied.

L'accouchement se fit spontanément, mais après, la femme

saignant assez abondamment, sous anesthésie générale, M. Devraigne fit une délivrance artificielle.

Ceci lui permet de constater :

D'abord, l'insertion basse du placenta.

Puis, l'existence d'un col unique : tout de suite au-dessus de celui-ci, alors que la cavité de l'utérus gravide était largement béante et donnant l'impression d'un utérus normal, on sentait un orifice latéral droit dans lequel il fut facile de pénétrer à deux doigts pour explorer la cavité de l'utérus droit du volume d'un poing.

L'enfant de sexe masculin fut allaité au sein. Les suites de couches furent simples, la femme fut fatiguée plus qu'à ses accouchements antérieurs du fait des hémorragies, et là encore, il y eut une subinvolution très marquée de l'utérus gauche qui fut revu longtemps après et qui restait toujours beaucoup plus gros que le droit.

Les règles, très régulières, sont toujours abondantes.

Cette observation est fort intéressante pour plusieurs raisons :

1° Tout d'abord, elle nous montre les difficultés de diagnostic que présentent de pareils cas.

2° Que l'hémi-utérus enclavé dans le petit bassin ne peut pas toujours être repoussé en haut et latéralement et que la seule conduite qui s'impose est la césarienne.

3° Que la seconde grossesse évolua dans l'autre utérus, sans incidents, et que l'enfant se présenta en siège décomplété mode des fesses.

4° Que la troisième grossesse, évoluant dans

l'utérus césarisé, a un placenta inséré bas, que l'enfant se présente en siège complet et que l'involution de cet utérus fut beaucoup plus lente que normalement.

IV. — La gestation se produit souvent dans des utérus bicornes sans histoire clinique ne permettant pas de reconnaître la malformation

La grossesse est compatible avec les malformations utérines et si la malformation n'est pas trop accentuée, on pourra voir la grossesse évoluer sans incident jusqu'à terme, ou en un point voisin du terme.

Bosquet a rapporté 46 cas de malformations avec 108 grossesses, Olivier un cas avec 6 grossesses successives, Simon un cas avec 7 grossesses, Meurer un cas avec 8 grossesses, Oker Blon un cas avec 9 grossesses, Hertzch un cas avec 10 grossesses, Mauclaire un cas de grossesse normale.

Necoton cite l'observation d'une femme ayant eu quatre grossesses évoluant de la façon suivante : une fausse couche à trois mois, la seconde grossesse se termine par une application de forceps, la troisième par un accouchement à sept mois et demi, la quatrième normale.

Shœmaker rapporte une grossesse se terminant par une fausse-couche de deux mois, puis réappa-

rition des règles dans les deux utérus. Dans la suite, nouvelle grossesse.

Leriche rapporte le cas d'une femme ayant mené à terme trois grossesses ; Guyot et Jeannemey celui d'une autre femme avec trois enfants vivants.

Cornell et Earle celui de quatre grossesses dont trois ont nécessité une application de forceps et l'autre normale. Plus tard, elle présenta deux œufs dans la corne gauche dont un avorté.

Dodoz cite le cas d'une femme ayant eu trois grossesses normales, sans que l'on suppose la malformation utérine. Le diagnostic ne fut fait lors d'une intervention pour des douleurs causées par la rétroversion d'une des deux cornes.

C'est une femme ayant mené à terme trois grossesses. Plus tard, des ménorrhagies faisant penser à un fibrome, ce n'est qu'à l'intervention que le diagnostic fut posé.

C'est encore une femme ayant eu trois grossesses se terminant par des accouchements normaux. Vers 40 ans, elle présente des ménorragies qui durent trois à quatre ans. Elle consulte pour arrêt de règles depuis trois mois, des douleurs pelviennes, et déclare en outre que son ventre a augmenté de volume. Le col est normal, l'utérus dur, bosselé, remontant à quatre travers de doigts au-dessus du pubis. A gauche, on sent une masse molle, fluctuante, mobile, sensible à la pression. Le diagnostic de grossesse tubaire évoluant à côté d'un utérus fibromateux est porté. A l'intervention on trouve

un utérus bicorne unicervical, l'utérus droit est fibromateux, le gauche contient un fœtus de trois mois et demi environ.

Guilleminet et Michon disent que la malformation utérine ne constitue pas une maladie, qu'elle peut exister sans aucune symptomatologie et peut être compatible avec une vie génitale normale, permettre la grossesse et l'accouchement. Nous venons de voir, par cet exposé rapide qu'un grand nombre de grossesses dans ces utérus malformés évoluent jusqu'à terme sans aucun signe clinique, que la malformation restera ainsi ignorée, ou ne sera révélée que plus tard, la femme présentant certains troubles ayant nécessité une intervention chirurgicale.

L'ACCOUCHEMENT ET LES TROUBLES QUE L'ON PEUT OBSERVER APRÈS L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement dans les utérus didelphes ou dans les utérus bicornes se fait généralement bien, sans incidents. C'est pour cela qu'un grand nombre de malformations passent inaperçues ou ne sont constatées qu'à un autre accouchement à la suite d'une dystocie, à la suite d'une intervention chirurgicale ou bien, c'est une découverte d'autopsie.

L'accouchement se fera d'autant mieux, s'il n'y a pas de dystocie des parties molles que ces utérus bicornes, à l'inverse de l'utérus hypoplasié, infantile, comportent toujours un bassin plus large qu'il ne l'est normalement.

La dystocie possible est donc uniquement celle des parties molles ; de l'inertie utérine par manque d'étoffe musculaire, la rupture, mais surtout l'obstacle créé par le développement du deuxième utérus non gravide et qui joue le rôle de fibrome prævia et dont on peut parfois, mais pas toujours, triompher comme nous l'avons dit précédemment.

La cloison vaginale gêne rarement l'accouchement, peut même disparaître comme le montrera l'observation qui va suivre.

Les deux utérus se contractent ensemble, la délivrance peut se faire normalement, il peut y avoir rétention placentaire. L'utérus vide expulse une caduque qu'il ne faut aller chercher que s'il y a des signes d'infection.

Observation VI

(due à l'obligeance du Dr Raymond Wurmser).

Mme B... est actuellement âgée de 27 ans.

Peu après son mariage, un examen au spéculum est pratiqué en raison d'une cloison transversale située à la partie moyenne du vagin et qui, d'abord gênante, avait peu à peu disparu.

On s'aperçut alors qu'il existe au fond du vagin, une cloison sagittale de 3 centimètres de long environ, séparant nettement deux cols utérins : le col gauche a l'aspect et les dimensions d'un col de nullipare, le droit est moins développé et ne représente environ que les 2/3 du précédent.

Au toucher, le corps utérin paraît normal.

Les règles ont toujours été très régulières, sans caractère spécial.

En 1926, au cours d'une première grossesse, on assiste à l'effacement progressif du col droit, celui de gauche s'hypertrophiant pour se rapprocher de la ligne médiane, tandis que l'utérus devient globuleux, piriforme, en position légèrement oblique gauche.

L'accouchement a lieu le 24 décembre 1926, avec une avance de trois semaines environ.

La poche des eaux s'est rompue le mercredi à 7 heures du soir, le travail a commencé le jeudi soir à 11 heures et l'expulsion se fait aisément à 8 heures du matin.

La délivrance tarde, les contractions sont moins franches et au bout d'une heure et demie, sous une légère anesthésie au chloroforme on procède à la délivrance artificielle qui entraîne un saignement très abondant sans suites fâcheuses.

Le placenta est normal, ainsi que les suites de couches.

L'enfant pesant 2 kgr. 600 paraît avoir été soumis à une compression marquée : le crâne est déformé, très allongé, la face est aplatie, le pied droit est en varus équin, mais en peu de temps les déformations disparaissent, sauf une très légère séquelle au pied.

On constate ultérieurement, au spéculum, que le col apparaît médian, assez gros, non exulcéré, mais il ne persiste rien du col droit, ni du cloisonnement.

Une seconde grossesse se produit en 1929.

L'accouchement a lieu en septembre dernier.

Du début du travail à l'expulsion, il ne s'est écoulé que six heures.

Il a été fait au début du travail une piqûre d'hypophyse et au moment de l'expulsion une légère anesthésie.

Accouchement d'un enfant très normal pesant 3.200 grammes. La délivrance est normale, au bout d'une demi-heure.

Suites de couches normales.

DÉDUCTIONS

Nous pourrions diviser les utérus bicornes unicervicaux en trois catégories :

1° Les utérus bicornes silencieux ;

2° Les utérus bicornes stériles ;

3° Les utérus bicornes fécondés, mais dangereux.

1° Les utérus bicornes silencieux :

Nous avons cité dans notre thèse des cas d'utérus silencieux dans lesquels plusieurs grossesses successives avaient évolué sans que rien ne laisse supposer que l'on était en présence d'une malformation utérine.

Ils sont silencieux, du moins momentanément et nous avons vu que parfois, dans la suite, la femme présentait des troubles ayant nécessité une intervention chirurgicale et qu'à ce moment seulement, on s'aperçoit de la malformation ;

2° Les utérus stériles dont la malformation est trop accentuée pour permettre la gravidité. L'examen de l'utérus sous l'écran après injection de lipiodol permettra seul de faire le diagnostic.

3° Les utérus fécondés, mais dangereux, dangereux surtout par les erreurs de diagnostic qui seront faites, l'utérus non gravide étant pris pour une tumeur prævia, et par la thérapeutique qui découlera du diagnostic porté.

CONCLUSIONS

1° Dans les utérus bicornes, la gestation peut évoluer d'une façon normale, se terminer par un accouchement spontané, sans que la malformation soit soupçonnée ;

2° Il peut y avoir de grosses difficultés à porter un diagnostic différentiel entre une tumeur prævia, en particulier un fibrome et l'hypertrophie gravidique de la corne non gravide : la corne hypertrophiée pouvant être prise pour un fibrome.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Adam. — Avortements précoces dans les malformations utérines (Revue médicale de l'Est, 15 mars 1920).

Anderodias. — Grossesse dans un utérus double (Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux, sept. 1920.

Arthur. — Report of two cases of bicornate with pregnancy (Am. Journal of obst. and gyn., 1925).

Brandlight. — Utérus bicorne chez une vierge avec hématosalpinx, opération conservatrice : grossesse consécutive (Le Sclapel. Bruxelles, XXVII, 50).

Beuthin. — Utérus bicorne unicervical avec grossesse gémellaire dans une corne rudimentaire (Zentrablatt fur. gen., fév. 1921, p. 203).

Cornell et *Carle*. — Utérus bicorne unicervical. Deux œufs dans la corne gauche (Surgery. gen. and obst., 1921, t. I, p. 65).

Cotte (*G.*). — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.

Dodoz. — Thèse de Bordeaux, 1920.

Falls. — Pregnancy and parturition in bicornuate uterus (The American journal. of obst. and gyn., mars 1928, p. 399).

Ferrey (*Daniel*). — Malformation du vagin par cloisonnement transversal au sixième mois d'une grossesse (Bull. mens. Soc. nat. de chirurgie, 7 juillet 1928).

Fox. — Utérus bicorne avec corne accessoire et gestation dans cette corne (Bol. Soc.de Obst.y Gen.de Buenos-Ayres, 1925, nº 10).

Goullioud (*P.-E.*). — Du traitement des malformations utérines justiciables de la laparotomie Thèse de Lyon, 1911.

Guilleminot et *Michon*. — Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles (Gyn. et Obst., 1924).

Humpstone. — Gestation développée dans une corne rudimentaire de l'utérus (Surgery. Gyn. Obst., nov. 1920).

Mandels'htam. — Un cas d'utérus bicorne avec gestation des deux côtés (J. akuchi zeush. Boliez.Leningrad, 1924).

Magnan. — Anomalies et malformations génitales de la femme. Etude clinique et radiologique. Thèse de Paris, 1929.

Magenc. — Thèse de Bordeaux, 1922.

Mihaïlesco Trajan. — Les malformations utérines et leurs complications (Gyn. et Obst., 1927, p. 205).

Ombrédanne et *Martin.* — Les utérus doubles (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1903, p. 959).

Pera. — Gravidanza in utero bicorne conparto disticico (Policlinico sez. prat. Roma, 1925).

Picquand. — Les utérus doubles. Anatomie et développement. (Revue de Gyn., 1910, t. II, p. 401).

Potocki. — Rétention fœtale à terme dans une corne utérine rudimentaire (Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris. Séance du 15 déc. 1921).

Reeb. — Opération césarienne suivie d'hystérectomie dans un cas d'utérus double (Bulletin Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1924).

Rathelot. — A propos d'un accouchement normal dans un utérus double (Sud méd. Marseille, 1925).

Rudeaux-Durante. — Un cas d'utérus gravide sans annexes apparentes (Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn. Paris, 1925, p. 639).

Stevens. — Un cas de sacculation d'un utérus bicorne gravide. Proceedings of the Royal Society of Medecine, juin 1920).

692. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve & Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-30